......................................................................................... Poznań, …………………………….......................

imię i nazwisko studenta

 .......................................

numer albumu rok studiów, grupa

……………………………………………………………………………………

nr telefonu/ adres e-mailowy

......................................................................................

adres do korespondencji

 ***Sz. Pani***

 **dr hab. n. med. Barbara Kuźnar-Kamińska**

 ***Kierownik Praktyk Wakacyjnych***

 ***dla studentów Wydziału Lekarskiego***

 ***Uniwersytetu Medycznego im. Karola***

***Marcinkowskiego w Poznaniu***

**Podanie studenta:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wyrażenie zgody na odbycie praktyk wakacyjnych w ramach **„ERASMUS +” zgodnych z programem studiów**  |  | Wyrażenie zgody na odbycie praktyk wakacyjnych w ramach **„ERASMUS +” dodatkowych** |
|  | Wyrażenie zgody na odbycie praktyk wakacyjnychw ramach **IFMSA-Poland zgodnych z programem studiów** |  | Wyrażenie zgody zgody na odbycie praktyk wakacyjnychw ramach **IFMSA-Poland dodatkowych** |
|  | Wyrażenie zgody na odbycie praktyk wakacyjnych za granicą organizowanych indywidualnie **zgodnych z programem studiów** |  | Wyrażenie zgody na odbycie praktyk wakacyjnych za granicą organizowane indywidualnie **dodatkowych** |
|  | INNE: |

**Uzasadnienie:**

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 ................................................................................

 data i czytelny podpis studenta

**Decyzja Kierownika Praktyk:**

..................................................................................

 data i podpis Kierownika Praktyk